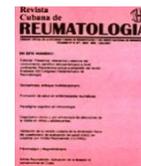


Revista Cubana de Reumatología

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen 19, Número 3, Suppl 1; 2017 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Afecciones oftalmológicas más frecuentemente asociadas a enfermedades reumáticas

Ophthalmologic conditions most frequently associated with rheumatic diseases

Mercedes Elena Andaluz Cando ^I, Mónica Yajaira Cifuentes Tumaille ^{II}, Erika Mishell Dávila Aguirre ^{III}, Leonardo Javier Reyes Ortiz ^{IV}

^I Médico General. Hospital IESS Quito Sur. Quito, Pichincha. Quito, Ecuador. mechita.ac90@gmail.com

^{II} Médico General. Hospital General Docente Calderón. Quito, Pichincha. Quito, Ecuador. monica-medi-90@hotmail.com

^{III} Médico Residente De Emergencias. Centro De Salud Tipo C San Antonio De Pichincha. San Antonio, Pichincha, Quito, Ecuador. emda90@hotmail.com

^{IV} Médico General. Hospital Básico Sigchos Sigchos, Cotopaxi. Quito, Ecuador. leo_reyes19@hotmail.com

RESUMEN

Las enfermedades reumáticas presentan con frecuencia manifestaciones extra-articulares: lesiones cutáneas, pulmonares, cardíacas, neurológicas y frecuentemente, oftalmológicas. Su asociación con estas últimas sustenta el vínculo entre la Reumatología y la Oftalmología.

Objetivo: revisar las afecciones oftalmológicas más frecuentemente asociadas a enfermedades reumáticas.

Desarrollo: se explicitan los principales aspectos que caracterizan las mayormente frecuentes manifestaciones oculares en pacientes y su relación con las enfermedades reumáticas, destacando además la importancia de mantener un enfoque multidisciplinario en que se impliquen los saberes inherentes a la Reumatología y la Oftalmología, que a su vez contribuyan a la prevención de afecciones oculares propias de la enfermedad de base y propicien el mejoramiento de su salud ocular.

Conclusiones: se reconoce la necesidad de profundizar en la comprensión y manejo de aspectos esenciales en la relación entre enfermedades reumáticas y las diversas manifestaciones oftalmológicas, así como la utilidad de accionar de prevención.

Palabras clave: enfermedades reumáticas, manifestaciones oftalmológicas, epiescleritis, uveítis, queratoconjuntivitis seca.

ABSTRACT

Rheumatic diseases often present extra-articular manifestations: cutaneous, pulmonary, cardiac, neurological, and often ophthalmological lesions. Its association with the latter supports the link between Rheumatology and Ophthalmology.

Afecciones oftalmológicas más frecuentemente asociadas a enfermedades reumáticas

Objective: to review the ophthalmological conditions most frequently associated with rheumatic diseases.

Development: the main aspects that characterize the most frequent ocular manifestations in patients and their relationship with rheumatic diseases are highlighted, emphasizing also the importance of maintaining a multidisciplinary approach involving the knowledge inherent to Rheumatology and Ophthalmology, which in turn contribute to the prevention of ocular conditions typical of the underlying disease and to promote the improvement of their eye health.

Conclusions: it is recognized the need to deepen the understanding and management of essential aspects in the relationship between rheumatic diseases and the various ophthalmological manifestations, as well as the usefulness of prevention action.

Keywords: rheumatic diseases, ophthalmological manifestations, episcleritis, uveitis, dry keratoconjunctivitis.

INTRODUCCIÓN

La Reumatología es la rama de las ciencias médicas que tiene como objeto de estudio a las enfermedades reumáticas (ER), por lo general con mecanismos fisiopatológicos no muy bien definidos. De ahí que no ha resultado fácil estructurar una clasificación general de las entidades clínicas que entran en el dominio de esta especialidad médica, atendiendo además a que los criterios de clasificación a lo largo de los años han variado. Ejemplo de ello lo constituye la concepción inicial, que ha permitido agruparlas en artropatías degenerativas e inflamatorias, condiciones sistémicas y enfermedades del sistema conectivo, reumatismo de tejidos blandos, enfermedad asociada a los huesos, enfermedades congénitas y familiares que afectan las articulaciones y síndromes reumáticos asociados a agentes infecciosos entre otras.^{1,2} Un criterio de clasificación más actual, gana en sencillez al tomar como base el órgano diana, es decir el tejido que interviene en cualquier articulación del sistema locomotor y que además resulta mayormente afectado.³ De este modo las ER resultan agrupadas en 4 categorías a saber: la artrosis, la artritis, los reumatismos de partes blandas y las enfermedades metabólicas óseas, siendo sus órganos diana respectivos, el cartílago articular, la membrana sinovial, los tendones, bursas y músculos y el hueso.^{1,2}

Ortega et al. destacan a las ER como prototipo de enfermedades autoinmunes, por lo que pueden deteriorar procesos fisiológicos normales y en consecuencia producir afectaciones importantes en la salud de las personas. Así mismo, dichos autores reconocen elementos comunes en estas enfermedades, como son predisposición genética y mecanismos patogénicos autoinmunes que provocan las alteraciones tisulares; manifestaciones clínicas y afectación vascular.^{2,3}

Las ER, presentan con frecuencia manifestaciones extra-articulares: lesiones cutáneas, pulmonares, cardíacas, neurológicas y frecuentemente, oftalmológicas. Su asociación con estas últimas sustenta el vínculo entre la Reumatología y la Oftalmología. Lo que relaciona y articula las manifestaciones oftalmológicas con las generales es

precisamente el hecho de que comparten una misma fisiopatología que conducen a serios daños en el individuo.

Al ser el ojo un órgano muy rico en tejido conjuntivo, no es raro que algunas de las ER lo afecten con frecuencia, e incluso que en algunos casos estos daños sean las primeras manifestaciones.^{2,4-7} Son diversas las enfermedades sistémicas que propician daños en el globo ocular. Su importancia presenta dos aristas: Una de ellas está representada por la extensión de la patología sistémica, que produce síntomas a los que se aplicará el tratamiento correspondiente. La otra -no menos importante- es que es posible que los signos o síntomas oculares pueden ser la primera manifestación de alguna enfermedad sistémica y su aparición, lo que implica que traza pautas para el diagnóstico y a la elección del tratamiento. Si este paso se realiza precozmente, pueden evitarse efectos de naturaleza irreversible.^{2,3,4} La infravaloración de la relación ER-manifestación oftalmológica dificulta con frecuencia una comprensión objetiva de la enfermedad en la cual factores educacionales y socioculturales juegan un papel determinante.^{2, 5-7} Un número considerable de ER tiene una gran repercusión a nivel ocular, produciendo procesos inflamatorios que pueden afectar a las capas más superficiales del ojo, como una simple conjuntivitis, o a las capas más profundas, provocando epiescleritis, escleritis, uveítis y vasculitis en los vasos de la retina.

Es importante conocer esta asociación entre enfermedades reumáticas y oculares ya que el diagnóstico correcto de las manifestaciones oculares puede ayudar a destacar el rol del proceso sistémico y viceversa: en las personas que sufren un proceso reumático con afectación ocular, no se resolverá el problema oftalmológico si no se trata correctamente la ER. Por ello es necesario un trabajo multidisciplinario para el tratamiento y seguimiento de estas manifestaciones. Por ello este trabajo se propone revisar las afecciones oftalmológicas más frecuentemente asociadas a enfermedades reumáticas.

DESARROLLO

La investigación, de carácter bibliográfico, implicó una amplia revisión de literatura especializada. Esta se llevó a

cabo a través de una detallada estrategia de búsqueda, empleando los términos "afecciones oftalmológicas" AND "enfermedades reumáticas", se recuperaron inicialmente 70 documentos desde las bases de datos: Google académico, MEDLINE, PubMed y Scielo. Se restringió la búsqueda a las publicaciones realizadas en los últimos 10 años (2007-2017). Los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta fueron:

- *Investigaciones con limitaciones de acceso.*
- *Publicaciones duplicadas.*
- *Trabajos investigativos con insuficiente evidencia científica.*

La información arrojada fue categorizada y seleccionada en función de su afinidad con el tema tratado: Afecciones oftalmológicas más frecuentemente asociadas a enfermedades reumáticas. Finalmente, los documentos que atravesaron todo el proceso de categorización y análisis fueron reducidos a 35.

Dado que existen más de 100 ER diferentes, este estudio limitará su análisis, atendiendo a los siguientes elementos de inclusión: alta prevalencia, peculiaridad clínica, importancia de un acertado diagnóstico y tratamiento y su relación con manifestaciones oftalmológicas. De este modo serán objeto de análisis la artritis rematoidea (AR), el lupus eritematoso sistémico (LES) y la espondilitis anquilosante (EA), y la enfermedad de Behcet, valorándose en el siguiente acápite las manifestaciones oftalmológicas más comúnmente asociadas a ellas.

Las ER son causa esencial de incapacidad de las personas en todo el mundo, constituyendo un problema de salud mundial. De hecho, es factible definir las como aquellas enfermedades con manifestaciones clínicas en el aparato locomotor, comprendiendo enfermedades articulares, del tejido conjuntivo, reumatismos de partes blandas y problemas de columna vertebral, entre otras.³ Resulta importante significar la alta morbilidad de estas dolencias. En todas las sociedades los trastornos reumáticos crónicos constituyen una carga social y económica considerable, esta última debido a altos costos en personas e instituciones y a su marcada incidencia en el absentismo laboral.¹⁻⁵

Por tanto, las ER son muy frecuentes en la práctica médica y encabezan la aparición de discapacidad a cualquier edad. Se calcula que alrededor de un tercio de los pacientes que son atendidos por un médico, presenta una enfermedad reumática y más de la mitad de la población adulta padecerá alguna de ellas a lo largo de su vida. Estas enfermedades frecuentemente se reportan como infravaloradas en las distintas estrategias de atención al enfermo crónico.

Habitualmente, los esfuerzos se han focalizado en las patologías que más mortalidad causan, dejando de lado la discapacidad, fuente de gran coste sociosanitario.^{1-3,6-12} Por otra parte, cabe significar el rol comunicador hombre-ambiente del sentido de la visión que hace del hombre un ser visual. De ello se deriva que la pérdida de la visión ocasione un daño irreparable de índole individual y social en su entorno más cercano. Algunas enfermedades oftalmológicas constituyen motivo frecuente de asistencia médica entre las que se señalan las inflamaciones e infecciones oculares.⁵

La complejidad de las ER, su elevado número y etiología diversa, justifican la profundización en estudios que abordan las causas y el tratamiento de estas enfermedades, a partir de los conocimientos que aportan ciencias tales como la bioquímica, la inmunología y la farmacología de los tejidos conectivos. No obstante, se hace indispensable, abordar además elementos tales como rehabilitación, factores de riesgo y las consecuencias sociales de las ER. Son varios los autores que alertan sobre la necesidad urgente de llevar a cabo investigaciones en estas áreas. Esa necesidad se ve exacerbada por los patrones variables de morbilidad y mortalidad, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, como consecuencia de la mayor esperanza de vida, el crecimiento acelerado de la población urbana y los cambios de estilos de vida, entre otros factores.⁶⁻¹²

La artritis reumatoide es definida como una enfermedad sistémica de causa desconocida, en cuya patogenia existe una alteración de la respuesta inmune que se manifiesta por una inflamación crónica de la membrana sinovial con proliferación de esta y que tiende a destruir las articulaciones, deformarlas y alterar su capacidad funcional a partir de severas anormalidades. Esta entidad es la enfermedad reumática más común, que en su manifestación clásica se presenta como un síndrome inflamatorio poliarticular crónico bilateral y simétrico, de etiología desconocida, donde la respuesta inmune tiene un papel destacado dentro de su patogenia y se producen manifestaciones sistémicas y extraarticulares.¹³⁻²⁵

En su epidemiología se reporta una frecuencia máxima de inicio que se encuentra entre la cuarta y sexta década de la vida, pero puede comenzar a cualquier edad. Afecta al 1 % de la población mundial y a todos los grupos étnicos. Su prevalencia internacional es de 0,3 a 1,5 %, con un 29 % de los pacientes que presentan incapacidad de cierto grado para realizar tareas fundamentales. Un aspecto importante lo constituye el hecho de que afecta más a las mujeres con una proporción de 3:1 y su contribución a la disminución de la expectativa de vida en 4 años a los hombres y en 10 años a las mujeres.¹⁷⁻¹⁹ Con relación a la AR, se reportan

manifestaciones oculares más frecuentes en pacientes con complicaciones extra-articulares y con las formas más activas y severas de la enfermedad,^{3,5-7} siendo diversas las que pueden desarrollarse en el 25-30 % de pacientes aquejados con esta entidad.¹ Las manifestaciones oculares de la artritis reumatoide se pueden encontrar entre un 20 y un 35 % de los pacientes que padecen esta afección.¹⁴ Se considera el reumatismo inflamatorio crónico que más frecuentemente se atiende en servicios de reumatología.¹³⁻¹⁷

El LES es una enfermedad autoinmune, multisistémica y crónica de etiología desconocida. El LES se puede presentar en la infancia, con una incidencia estimada entre 10 a 20 casos por cada 100 000 niños, dependiendo de la raza.^{1,6,9,28-30} Aproximadamente, el 15 % de los individuos con LES inician con la enfermedad antes de los 18 años, y en estos casos el curso clínico suele ser más severo.⁵ Hay datos de que la incidencia de lupus eritematoso sistémico se ha triplicado en las últimas décadas, pero también de que su supervivencia ha mejorado significativamente. La patogénesis de esta entidad es bien compleja. Se sabe que el daño tisular está causado por auto-anticuerpos patogénicos, complejos inmunes circulantes con capacidad de fijación del complemento y quimiotaxis de linfocitos T.^{20,21} Las afectaciones oculares incluyen la uveítis, escleritis, conjuntivitis o el síndrome de ojo seco. Los pacientes con LES pueden presentar múltiples manifestaciones oculares, como las mencionadas previamente en la AR; sin embargo, la más severa se produce cuando envuelve los vasos de la retina y el nervio óptico.^{2,8,9,26-28}

La EA es una enfermedad reumática inflamatoria crónica del esqueleto axial (columna y sacroilíacas) de las entesis y frecuentemente de grandes articulaciones periféricas. Es el prototipo y la mejor conocida del grupo de las espondiloartritis. Se caracteriza por lumbalgia inflamatoria crónica y sacroileítis radiográfica. También suele presentar manifestaciones extraarticulares, especialmente uveítis anterior aguda, psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal. La EA es más frecuente en los hombres en la tercera y cuarta décadas de vida, de modo que se reportan una proporción estimada de 2-3:1 y existen diferencias entre los pacientes con la entidad, que son positivos para el antígeno leucocitario humano B27 y los que son negativos para el mismo. La epidemiología de esta entidad apunta a una prevalencia que oscila entre el 0,1 y el 1,4 % dependiendo directamente de la frecuencia del antígeno leucocitario humano (HLA) que oscila entre el HLA B27, que varía notablemente en poblaciones con diferentes orígenes étnicos. La EA es más frecuente en varones que en mujeres, con una proporción estimada de 2-3:1. A nivel ocular, estos pacientes suelen presentar múltiples alteraciones, se estima que la

enfermedad condiciona la aparición de la uveítis hasta un 40 %, entidad que describe un proceso de inflamación intraocular. Esta manifestación oftalmológica, tiene incidencia de 52 casos/100.000 habitantes/año y una prevalencia del 0.1 %, siendo también responsable del 10 % de los casos de ceguera en los países desarrollados, lo cual fundamenta su relevancia clínica.^{1,2-6,13} En los pacientes con el patrón de uveítis identificado como uveítis anterior aguda recidivante unilateral existe alguna forma de espondiloartropatía en más del 50 % de los casos.²⁹

En la esclerodermia, es frecuente que aparezcan conjuntivitis no infecciosas de difícil diagnóstico, así como sequedad ocular e inflamación de las estructuras internas del ojo: vasculitis retiniana y uveítis. El síndrome de Reiter (SR) es una enfermedad caracterizada por la triada artritis, uretritis y conjuntivitis. La conjuntivitis aparece en el 30-60 % de los pacientes. Más rara es la queratitis, en forma de infiltrados subepiteliales. La iridociclitis aparece en el 3-12 % de los casos.²⁴

En la artritis reumatoide se pueden ver complicaciones oculares en un 80 % de los casos; en la espondilitis anquilosante se encuentra hasta un 40 % de alteraciones oculares, siendo las más frecuentes la uveítis anterior aguda con desarrollo de glaucoma y catarata a largo plazo (25 %). En el síndrome de Reiter las manifestaciones oculares surgen desde etapas tempranas y consisten en uveítis, conjuntivitis y algunas veces queratitis y en el lupus eritematoso sistémico los signos oculares incluyen epitiis y escleritis con queratoconjuntivitis seca (25 % de los casos).^{13,14,20} Las manifestaciones oculares de la artritis reumatoide se pueden encontrar entre un 20 y un 35 % de los pacientes que padecen esta afección.¹⁴ Se considera el reumatismo inflamatorio crónico que más frecuentemente se atiende en servicios de reumatología. No son pocas las evidencias epidemiológicas que relacionan las ER con la uveítis, la cual está asociada en un 40 % con padecer espondilitis anquilosante (EA) y en el 50 % en otras espondiloartropatías. Ortega Sotolongo et al, reportan que alrededor del 50 % de los casos de espondiloartritis, se diagnostican después de un episodio de uveítis.³

La queratoconjuntivitis seca (QCS), es el tipo de afectación ocular más frecuente en la AR, seguida de la episcleritis, la escleritis y la afectación corneal periférica con adelgazamiento y queratólisis.¹⁷⁻²⁵ Esta entidad se caracteriza por falta de lubricación ocular, constituyendo un estado patológico que se manifiesta principalmente por la falla de la hidratación y lubricación de las partes expuestas al ambiente del epitelio corneal y conjuntival que lleva a la degeneración y muerte de sus células, lo cual se debe al ataque de

anticuerpos circulantes que destruyen las células acinares dentro de la glándula con una consecuente disminución de la secreción lagrimal. Otros síntomas son la sensación de cuerpo extraño o arenilla en los ojos, así como ardor, prurito, congestión, disminución del lagrimeo que lleva a la acumulación de bandas gruesas en la comisura interna del ojo, fotosensibilidad y visión borrosa.³⁰⁻³³ Esta entidad aparece en un 15-25 % de los pacientes y suele agudizarse por actividades que disminuyan la frecuencia del parpadeo, como son la lectura y el uso de computadoras. Puede tener manifestación clínica que resulta inadvertida, siendo de comienzo insidioso con período de mejoría y síntomas vagos e inespecíficos sin que siempre estén en correspondencia con la intensidad de los hallazgos exploratorios.^{1,19}

Otras alteraciones oculares encontradas en el curso de la AR son: la inflamación de la envoltura colágena, la esclera (escleritis) y epiesclera (epiescleritis) con una incidencia de entre 4 y 10 %. La epiescleritis aparece sobre la esclerótica anterior en cualquier parte, pero más frecuentemente a pocos milímetros del limbo, generalmente de forma aguda. Es una enfermedad frecuente y suele ser autolimitada, a menudo recurrente y suele afectar más a los jóvenes. La presentación estriba en una molestia leve, unilateral, sensibilidad al tacto y lagrimeo. Esta enfermedad puede ser transitoria, pero a menudo persiste semanas o meses a pesar del tratamiento antiinflamatorio o puede recurrir en el mismo sitio.^{19-25,34} La escleritis es la inflamación del tejido colágeno escleral que puede ser grave, con dolor intenso, deterioro de la visión y destrucción tisular incluso con perforación del globo. Es mucho menos frecuente que la epiescleritis. Abarca una serie de enfermedades oculares que se extiende desde episodios autolimitados de inflamación hasta un proceso necrosante que puede ocasionar complicaciones peligrosas para la visión como uveítis, cataratas, glaucoma, queratitis, edema retiniano y neuropatía óptica.³⁴

Por último, la enfermedad de Behçet es un proceso inflamatorio, crónico, de etiología desconocida, caracterizado por afectación ocular, cutánea, neurológica, vascular o articular, entre otras. Es más comúnmente hallada en poblaciones entre 20 y 30 años. La afectación ocular ocurre entre el 25 y el 75 % de los pacientes, destacándose la uveítis anterior, en casos graves puede cursar con material en cámara anterior o hipopion. Además, pueden presentarse coriorretinitis, conjuntivitis, neuritis óptica, vasculitis retiniana, oclusión vascular, episcleritis y la escleritis.³⁵

Son numerosos los estudios que recomiendan en sus resultados a la prevención, encaminada a minimizar los posibles factores de riesgo - obesidad, estrés, estilos de vida, hábitos tóxicos y sedentarismo entre otros- que inciden

mayoritariamente en la creciente incidencia de las ER y cuya ocurrencia está altamente asociada a manifestaciones oftalmológicas.²⁰⁻²⁹ Es conveniente señalar que abundan los estudios epidemiológicos que exploran los posibles efectos de la raza, clima, alimentación, factores económicos y medio ambiente sobre el desarrollo de las enfermedades reumáticas. Mediante el reconocimiento y eliminación de factores de riesgo, se crean nuevas posibilidades de prevenir las enfermedades reumáticas, causas importantes de morbilidad oftalmológica, a nivel mundial.¹⁹

CONCLUSIONES

En resumen, las enfermedades reumáticas son frecuentemente infravaloradas en las distintas estrategias de atención al enfermo crónico, pues los esfuerzos se enfocan en las patologías que exhiben mayor mortalidad, minimizando entonces la discapacidad, fuente de gran coste sociosanitario.

Es fundamental que se profundice en la comprensión y manejo de aspectos esenciales presentes en la relación entre enfermedades reumáticas y las diversas manifestaciones oftalmológicas, ya que el diagnóstico correcto de estas, puede de hecho ayudar a destacar el rol del proceso sistémico y viceversa: en las personas que sufren un proceso reumático con afectación ocular, no se resolverá el problema oftalmológico si no se trata correctamente la ER. Resulta indispensable desarrollar estrategias de prevención destinadas a disminuir la morbilidad asociada a las ER y es necesario un trabajo multidisciplinario que garantice la adecuada evaluación, tratamiento y seguimiento de estas manifestaciones, contando con la participación conjunta de reumatólogos y oftalmólogos. El tratamiento precoz, tras un acertado diagnóstico de las afecciones oculares, contribuye a mejorar el pronóstico visual del paciente. Las manifestaciones oftalmológicas requieren ser evaluadas para su diagnóstico y tratamiento oportuno, ya que pueden ser causa de ceguera y se presentan acompañando enfermedades sistémicas de reconocida morbimortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Battle Gualda E. Concepto y clasificación de las enfermedades reumáticas. En: Ed. Mercedes Alperi López. Manual SER de enfermedades reumáticas. 6ta Ed. Madrid:Ed. Sociedad Española de Reumatología (SER);2014.*
2. *Ortega Sotolongo M, Luaces Martínez Á, Nápoles Alvarez A, Reyes Pineda Y, Gil Armenteros RG, Ventura Muñoz M. Afectaciones oftalmológicas en pacientes con enfermedades reumáticas. Revista Cubana de Reumatología. 2016;18(1):11-6.*

3. Sánchez Llanos ME, Espejo Antúnez L, Jiménez Merino JJ. Estrategia de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. Un paso importante para el futuro de la fisioterapia. *Fisioterapia*. 2013;35:187-8.
4. Andonegui Navarro J. Manifestaciones oculares de las enfermedades sistémicas. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2008;31(Supl. 3):7-11.
5. Fernández Pérez SR, de Dios Lorente JA, Peña Sisto L, García Espinosa SM, León Leal M. Causas más frecuentes de consulta oftalmológica. *Medisan*. 2009;13(3).
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Madrid [Internet].2013 [citado 2017 ago 04]. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es/>
7. Seoane-Mato D, Sánchez-Piedra C, Silva-Fernández L, Sivera F, Blanco FJ, Pérez Ruiz F, Juan-Mas A et al. Prevalence of rheumatic diseases in adult population in Spain (EPISER 2016 study): Aims and methodology. *Reumatol Clin*. 2017.
8. Rey R. Tratamiento del dolor neuropático. Revisión de las últimas guías y recomendaciones. *Neurol Arg*. 2013;5(S1):S1-S7.
9. Serra-Valdés M. Las enfermedades reumáticas: de la teoría a la realidad. *Revista Finlay*. [Internet]. 2013 [citado 2017 ago 04];3(4):3 Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/245>
10. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades reumáticas: informe de un grupo científico de la OMS. Serie de informes técnicos 816; 1992.
11. Gregersen PK. Genetics of rheumatic diseases. En: Firestein GS, Budd RC, Harris ED, McInnes IA, Ruddy S, Sargent JS, editors. *Kelly's Saunders Textbook of Rheumatology*. Philadelphia: Ed. WB Saunders. 2013; 315-21.
12. Ostergaard M, Lambart M, Grassi W. Imaging modalities in rheumatic diseases. En: *Kelley's textbook of rheumatology*. Philadelphia: Ed. Elsevier. 2013; 830-69.
13. Gómez Morales J, Blanco Cabrera Y, Llopiz Morales M, Reyes Pineda Y, Solís Cartas E. Manifestaciones oftálmicas derivadas del tratamiento de las enfermedades reumáticas. *Rev Cubana de Reumatol*. 2015;17(1):61-7.
14. Gómez Morales J, Llopiz Morales M, Luaces Martínez A, Blanco Cabrera Y, Viera Rosales M, Solís Cartas U. Comportamiento de las manifestaciones oftalmológicas en pacientes con artritis reumatoide. *Rev Cubana de Reumatol [Internet]*. 2015 [citado 2017 ago 04];17(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000200008
15. Prada-Hernández D, Hernández-Torres C, Gómez-Morejón J, Gil-Armenteros R, Reyes-Pineda Y, Solís-Carta U, Molinero-Rodríguez C. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Rev Cubana Reumatol*. 2014;17(1):48-60.
16. Ortega Larrocea G, Vizcaíno López G. Prevalencia de las enfermedades inflamatorias oculares. *Rev Mex de Oftalmología*. 2010;84(3).
17. Prada Hernández D, Rosabal Callejas N, Molinero Rodríguez C, Gómez Morejón J, Hernández Cuellar I, López-Mantecón A, et al. Artritis Reumatoide: beneficios clínicos observados en pacientes tratados con anticuerpo monoclonal Itolizumab. (T1h mAB), 2 años después de recibir tratamiento. *Rev Cubana Reumatol*. 2013;13(17):2-11.
18. Okada Y, Wu D, Trynka G, Raj T, Terao C, Ikari K et al. Genetics of rheumatoid arthritis contributes to biology and drug discovery. *Nature*. 2014;506:376-81.
19. Quignon Santana SS, Alfonso Sánchez O. Principales manifestaciones oculares en la artritis reumatoide. *MediSur*. 2009;7(6):52-8.
20. Sainz de la Maza M, Molina N, González González LA, Tauber J, Foster CS. Clinical characteristics of a large cohort of patients with scleritis and episcleritis. *Ophthalmology [Internet]*. 2012 [citado 2017 ago 04];119:43-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21963265>

21. Chugh PK. *Lupus: Novel therapies in clinical development*. *Eur J Intern Med*. 2012;23:212-8.
22. Inocencio Arocena J, Casado Picón R. *Artritis idiopática juvenil. Introducción. Criterios de clasificación, mejoría, recaída y remisión. Epidemiología y periodicidad de las revisiones oftalmológicas*. *Protoc diagn ter pediatr*. 2014;1:1-8.
23. Robinson PC, Brown MA. *Genetics of ankylosing spondylitis*. En: López de Castro JA. eds. *The pathogenesis of ankylosing spondylitis: HLA-B27 and beyond*. *Molecular Immunology*. 2014;57:2-11.
24. Benítez del Castillo JM, Díaz Valle D, Pato E, López Abad C, Alejandro N. *Enfermedades articulares y uveítis*. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2008 [citado 2017 ago 04]; 31(Suppl 3):83-95. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1137-66272008000600008&lng=es
25. Prada Hernández D, Santana Hernández I, Molinero Rodríguez C, Gómez Morejón J, Milera Rodríguez J, Hernández Cuellar M. *Caracterización clínico-epidemiológica y tratamiento precoz en la artritis reumatoide temprana*. *Revista Cubana de Reumatología*. 2012;14(21):140-56.
26. Ortega Larrocea G, Vizcaíno López G. *Prevalencia de las enfermedades inflamatorias oculares*. *Rev Mex de Oftalmología*. 2010;84(3).
27. López Rubio S, de Alba-Castilla MA, Rodríguez García A. *Prevalencia de manifestaciones oftalmológicas en pacientes con lupus eritematoso sistémico*. *Rev Mex Oftalmol*. 2012;86(4):240-9.
28. Campos Campos LE, Matamoros Tapia JL, Vázquez Anaya H. *Alteraciones oftalmológicas en pacientes con lupus eritematoso sistémico*. *Rev Fac Med UNAM*. 2004;47(3):93-4.
29. Anesi SD, Foster CS. *Importance of recognizing and preventing blindness from juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis*. *Arthritis Care Res*. 2012;64:653-7.
30. Danoff JR, Moss G, Liabaud B, Geller JA. *Total knee arthroplasty considerations in rheumatoid arthritis*. *Autoimmune Dis*. 2013:185340.
31. Alonso García A, Rodríguez Aguilar M, González Fernández MC, Basulto Quirós N, Garcell Martínez D. *Manifestaciones oftalmológicas en pacientes con artritis reumatoide*. *Rev. Arch Med Camagüey*. [Internet]. 2017 [citado 2017 ago 04];21(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000400005&lng=es
32. Cabrera Cifuentes MM. *Manifestaciones oftalmológicas asociadas a factores de riesgo en pacientes con artritis reumatoide*. [Trabajo de Diploma]. Guatemala de la Asunción, Universidad Rafael Landívar; 2015.
33. Martínez Larrarte JP, López Cabreja G, Reyes Pineda Y, Sosa Almeida M, Cepero Morales R. *Alteraciones oftalmológicas en el curso de la artritis reumatoide y derivadas de su tratamiento*. *Revista Cubana de Reumatología [Internet]*. 1999 [citado 2017 ago 04]; 1(1). Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/164>
34. Martínez Larrarte JP, López Cabreja G, Reyes Pineda Y, Sosa Almeida M, Cepero Morales R. *Alteraciones oftalmológicas en el curso de la artritis reumatoide y derivadas de su tratamiento*. *Revista Cubana de Reumatología [Internet]*. 1999 [citado 2017 ago 04]; 1(1). Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/164>
35. Bonfioli AA, Orefice F. *Behcet's disease*. *Semin Ophthalmol*. 2005;20:199-206.

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Recibido: 28 de agosto de 2017

Aprobado: 30 de septiembre de 2017

Autor para la correspondencia: Dra. Mercedes Elena Andaluz Cando. E-mail: mechita.ac90@gmail.com
Hospital IESS Quito Sur. Quito, Pichincha. Quito, Ecuador.